

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. KD DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**ERODIANA SUMAA
NIM.PO.5303201181183**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU
TAHUN 2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Erodiana Sumaa
NIM : PO. 5303201181183
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

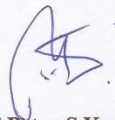
Kupang, Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Erodiana Sumaa
NIM . PO. 5303201181183

Mengetahui
Pembimbing



Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Erodiana Sumaa, NIM : PO. 5303201181183
dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik
(*Chronic Kidney Disease*) di Ruang Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes
Kupang telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



Erodiana Sumaa
NIM. PO. 5303201181183

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing

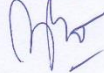


Mariana Oni Betan, S.Kep.,Ns.,MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

“Asuhan keperawatan pada Tn KD dengan gagal ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*) di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

Disusun Oleh :



Erodiana Sumaa

NIM. PO. 5303201181183

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Agustina Ina, S.Kep., M.Kes
NIP. 19740804 199803 2 001

Penguji II



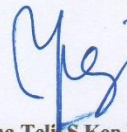
Mariana Oni Betan, S.Kep.Ns., MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 19691120 199303 1 001

Mengetahui
Ketua Program Studi



Margaretha Telik, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

BIODATA

Nama : Erodiana Sumaa
Tempat tanggal lahir : Kalabahi, 19 Mei 1968
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kampung Baru, RT 05/RW 03, Kalabahi-Alor
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD GMIT 01 Kalabahi, Tahun 1981
2. Tamat SMP Negeri 01 Kalabahi, Tahun 1984
3. Tamat SPK Kupang Tahun 1987

MOTTO

*“ Segala perkara dapat kutanggung didalam Dia,
yang memberi kekuatan kepadaku (Filipi 4 : 16)”*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik (*Chronic Kidney Disease*) di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan baik dan tepat pada waktunya. Laporan ini dibuat untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III keperawatan dan mendapatkan gelar ahli madya keperawatan.

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini berisikan tentang konsep dasar teori bronchopneumonia, dan hasil pengkajian kasus Gagal Ginjal Kronik (*Chronic Kidney Disease*) yang didapat dari lahan praktik yang meliputi, pengkajian data kesehatan pasien, analisis masalah kesehatan dari data yang diperoleh, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana pemecahan masalah, melakukan implementasi dan evaluasi dari rencana pemecahan masalah yang telah dibuat.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Mariana Oni Betan, S.Kep,Ns., MPH., selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian praktek, proses penyusunan studi kasus, hingga pada saat ujian sidang.
2. Ibu Agustina Ina,S.Kep., M.Kes., selaku penguji satu dalam kegiatan ujian sidang, yang telah membantu penulis dengan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH., selaku Ketua Prodi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi koordinator dari kegiatan ujian akhir program.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat,S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah bersedia menjadi penanggung jawab dari kegiatan ujian akhir program.
5. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi D-III Keperawatan.
6. Ibu Ns. Orpa Diana Suek, S.Kep, M.Kep.,Sp.Kep.An., selaku pembimbing akademik yang telah membantu dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan

sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Bapak Petrus Kalete, S.Kep,Ns., selaku Kepala Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang yang telah bersedia menerima penulis untuk melakukan penelitian ini.
8. Ibu dr.Christine O. M. B. Laoemoery selaku Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Alor yang telah mengizinkan penulis untuk melanjutkan studi dan mendukung penuh serta menjadi motivator saat penulis menempuh pendidikan.
9. Suami tercinta Welhelmus Dopongtonung yang selalu mendukung dan memberikan motivasi; serta ketujuh anak (Martha, Lely, Tuty, Feby, Papy, Angel dan Meychan) bersama 2 orang menantu (Melson dan Adi) dan 3 orang cucu (Kimberly, Dareen dan Dita) yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Crue Puskesmas Lawahing yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempunakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Erodiana Sumaa NIM. PO.530320118113. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik (*Chronic Kidney Disease*) di Ruang Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Latar Belakang : Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun) (Sylvia price & Lorraine Wilson, 2006). Gagal ginjal kronik disebabkan oleh karena adanya infeksi pada saluran kemih (*pielonefritis kronis*), adanya peradangan pada glomerulus (*glomeruloonefritis*), penyakit kongenital atau hereditas (penyakit ginjal polistik), dan penyakit metabolik (diabetes melitus).

Tujuan umum penulisan : Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof.DR.W.Z. Johannes Kupang. **Metode :** metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat pengumpulan data. Asuhan keperawatan tersebut meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Diagnosa yang muncul pada kasus gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu pada Tn. K.D. adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan g anguan mekanisme regulasi dan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri teratasi.

Kesimpulan : masalah keperawatan diatas sudah teratasi namun perlu dilakukan perawatan lanjutan baik oleh perawata maupun keluarga.

Kata Kunci : Gagal ginjal kronik, asuhan keperawatan

DAFTAR ISI

| | |
|-----------------------------------------|------|
| JUDUL | Hal |
| Halaman judul dan prasyarat gelar | i |
| Pernyataan keaslian tulisan | ii |
| Lembar persetujuan | iii |
| Lembar pengesahan | iv |
| Biodata | v |
| Kata pengantar | vi |
| Abstrak | viii |
| Daftar isi | ix |
| Daftar tabel | x |
| BAB 1 Pendahuluan | |
| 1.1 Latar belakang masalah | 1 |
| 1.2 Tujuan studi kasus | 1 |
| 1.3 Manfaat studi kasus | 3 |
| BAB 2 Tinjauan Pustaka | |
| 2.1 Konsep teori | 4 |
| 2.1.1 Pengertian | 4 |
| 2.1.2 Etiologi | 5 |
| 2.1.3 Patofisiologi | 5 |
| 2.1.4 Manifestasi Klinis | 6 |
| 2.1.5 Pemeriksaan Penunjang..... | 8 |
| 2.1.6 Penatalaksanaan | 9 |
| 2.1.7 Komplikasi | 10 |
| 2.1 Konsep asuhan keperawatan | 10 |
| 2.2.1 Pengkajian keperawatan | 10 |
| 2.2.2 Diagnosa keperawatan | 14 |
| 2.2.3 Intervensi keperawatan | 14 |
| 2.2.4 Implementasi keperawatan | 23 |
| 2.2.5 Evaluasi keperawatan | 23 |

| | |
|-----------------------------------------------|------------|
| BAB 3 Hasil studi kasus dan pembahasan | Hal |
| 3.1 Hasil studi kasus | 24 |
| 3.1.1 Gambaran lokasi | 24 |
| 3.1.2 Karakteristik pasien | 24 |
| 3.1.3 Pengkajian keperawatan | 24 |
| 3.1.4 Diagnosa keperawatan | 27 |
| 3.1.5 Intervensi keperawatan | 28 |
| 3.1.6 Implementasi keperawatan | 30 |
| 3.1.7 Evaluasi keperawatan | 31 |
| 3.2 Pembahasan Studi Kasus | 33 |
| 3.2.1 Pengkajian keperawatan | 33 |
| 3.2.2 Diagnosa keperawatan | 34 |
| 3.2.3 Intervensi keperawatan | 34 |
| 3.2.4 Implementasi keperawatan | 35 |
| 3.2.5 Evaluasi keperawatan | 35 |
| 3.3 Keterbatasan studi kasus | 35 |
| BAB 4 Penutup | |
| 4.1 Kesimpulan | 36 |
| 4.2 Saran | 37 |
| Daftar pustaka | 38 |
| Lampiran | |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun) (Sylvia price & Lorraine Wilson, 2006). Gagal ginjal kronik disebabkan oleh karena adanya infeksi pada saluran kemih (*pielonefritis kronis*), adanya peradangan pada glomerulus (*glomeruloonefritis*), penyakit kongenital atau hereditas (penyakit ginjal polistikistik), dan penyakit metabolik (diabetes melitus).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Di Amerika Serikat, kejadian dan prevalensi gagal ginjal meningkat 50% di tahun 2014. Data menunjukkan bahwa setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisis karena gangguan ginjal kronis artinya 1140 dalam satu juta orang Amerika adalah pasien dialisis (WHO, 2015).

Di Indonesia angka kejadian gagal ginjal kronik berdasarkan data hasil Riskesdas 2013, populasi umur ≥ 15 tahun yang terdiagnosis gagal ginjal kronis sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi Penyakit Ginjal Kronis (PGK) di negara- negara lain, juga hasil penelitian Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2006, yang mendapatkan prevalensi PGK sebesar 12,5%. Hal ini karena Riskesdas 2013 hanya menangkap data orang yang terdiagnosis PGK sedangkan sebagian besar PGK di Indonesia baru terdiagnosis pada tahap lanjut dan akhir. Hasil Riskesdas 2013 juga menunjukkan prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dengan peningkatan tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dibandingkan kelompok umur 25-34 tahun. Prevalensi pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi dari perempuan (0,2%), prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat perdesaan (0,3%), tidak bersekolah (0,4%), pekerjaan wiraswasta, petani/nelayan/buruh (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah masing-masing 0,3%. Sedangkan provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masing-

masing 0,4 %. Hanya 60% dari pasien gagal ginjal kronik tersebut yang menjalani terapi dialisis (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan *Indonesian Renal Registry (IRR)* tahun 2016, sebanyak 98% penderita gagal ginjal menjalani terapi hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (PD). Penyebab penyakit Ginjal kronis terbesar adalah nefropati diabetik (52%), hipertensi (24%), kelainan bawaan (6%), asam urat (1%), penyakit lupus (1%) dan lain-lain.

Hemodialisis merupakan salah satu terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan mengeluarkan produk limbah dari dalam tubuh secara akut maupun kronis (Brunner dan Suddarth, 2002).

Peran perawat dalam merawat pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu menghitung balans cairan untuk mengetahui keseimbangan antara intake dan output dan juga memberikan tindakan hemodialisis, dimana hemodialisis dilakukan oleh perawat yang memiliki standar kompetensi dan bersertifikat.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik (*Chronic Kidney Disease*) di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2019”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal ginjal kronik di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

4. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
5. Melakukan evaluasi pada pasien dengan gagal ginjal kronik di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teori

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dengan masalah Gagal Ginjal Kronik.

1.3.2 Manfaat Praktis

1.3.2.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus gagal ginjal kronik dan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya.

1.3.2.2 Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

1.3.2.3 Bagi Institusi RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan, terkhususnya untuk pasien dengan masalah kesehatan Gagal Ginjal Kronik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Pengertian

Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversibel* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia Retensi uremia dan sampah nitrogen lain dalam darah (Smeltzer & Bare, 2002). National Kidney Foundation (NKF) mendefinisikan dampak dari kerusakan ginjal adalah sebagai kondisi mikroalbuminuria/ over proteinuria, abnormalitas sedimentasi, dan abnormalitas gambaran ginjal. Oleh karena itu, perlu diketahui klasifikasi dari derajat gagal ginjal kronis untuk mengetahui tingkat prognosanya.

Tabel 2.1

Klasifikasi Derajat Gagal Ginjal Kronik

| Stadium | Laju Filtrasi Glomerulus (ml.menit/1,73m ²) | Deskripsi |
|---------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ≥90 | Kerusakan ginjal dengan normal atau meningkatasimtomatik; BUN dan reatinin |
| 2 | 60-89 | Penurunan ringan GFR Asimtomatik, kemungkinan hipertensi; pemeriksaan darahbiasanya dalam batas normal |
| 3 | 30-59 | Penurunan sedang GFR Hipertensi; kemungkinan anemia dan keletihan, anoreksia, kemungkinan malnutrisi, nyeri tulang; kenaikan ringan BUN dankreatinin serum |
| 4 | 15-29 | Penurunan berat GFR Hipertensi, anemia, malnutrisi, perubahan metabolisme tulang; edema, asidosis metabolik, hiperkalsemia; kemungkinan uremia; azotemia dengan |
| 5 | <15 (or dialysis) | Penyakit ginjal stadium akhir Gagal ginjal dengan azotemia dan uremia nyata |

Sumber : National Kidney Foundation. (2002)

2.1.2. Etiologi

Menurut Black dan Hawks (2005) penyebab gagal ginjal kronik adalah glomerulonefritis kronik, GGA, penyakit ginjal Polycistic, Obstruksi ginjal, pyelonephritis yang berulang, dan nephrotoxin; penyakit-penyakit sistemik juga menyumbang terjadinya GJK, seperti diabetes melitus, hipertensi, lupus erythematosus, polyarthritis, penyakit sickle cell dan amiloidosis.

2.1.3. Patofisiologi

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Banyak gejala uremia membaik setelah dialysis (Smeltzer & Bare, 2002).

Gangguan klirens renal, banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24-jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin.

Retensi cairan dan natrium. Ginjal juga tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir; respons ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, tidak terjadi.

Asidosis. Dengan semakin berkembangnya penyakit renal, terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran gastrointestinal.

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. Abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronis adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat.

Penyakit tulang uremik sering disebut osteodistrofi renal, terjadi

dari perubahan kompleks kalsium, fosfat, dan keseimbangan parathormon

2.1.4. Manifestasi klinis

Menurut Prabowo (2014), manifestasi klinik akan menggambarkan kerusakan berbagai sistem organ. Pada sistem urinari, tanda-tanda yang paling tampak adalah poliuria dan nocturia akibat dari ginjal tidak mampu memekatkan urine. Akibat lanjut dari ketidakmampuan ginjal memekatkan urine adalah BJ urine perlahan-lahan menjadi sekitar 1.010 (konsentrasi plasma osmolar). Begitu gagal ginjal bertambah pesat terjadilah oliguria dan akhirnya terjadi anuria. Jika pasien tetap mengeluarkan urine, maka akan sering ditemukan proteinuria dengan endapan-endapan pyuria dan hematuria.

Gangguan metabolik yang terjadi antara lain Azotemia, Intoleransi terhadap karbohidrat dan Kadar trigliserida meningkat.

Gangguan Imbalance elektrolit yang terjadi antara lain Potasium, Metabolik asidosis, Magnesium dan Sodium.

Gangguan sistem Hematologi yang terjadi antara lain Anemia, Kecendrungan Pendarahan dan Infeksi.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem kardiovaskuler adalah ketidaknormalan kardiovaskuler yang paling sering adalah hipertensi yang biasanya berkaitan dengan retensi sodium dan peningkatan volume cairan ekstrasel. Hipertensi mempercepat penyakit arterosklerosis vaskuler, mengakibatkan spasme arteri internal dan akhirnya mengarah ke atrofi ventrikel kiri dan CHF. Hipertensi juga menyebabkan retinopati dan ensefalopati.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem respiratori adalah perubahan-perubahan respiratori meliputi : pernafasan kusmaul, dispnea akibat CHF, pulmonary edem, uremic pleuritis (pleurisy), efusi pleura dan suatu predisposisi terhadap infeksi respiratori yang biasa dikaitkan dengan menurunnya aktifitas makrofag pulmonari.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem gastrointestinal adalah

setiap bagian gastrointestinal terpengaruh sebagai akibat peradangan pada mukosa oleh urea yang berlebihan. Ulcerase mukosa ditemukan sepanjang gastrointestinal tract, disebabkan oleh peningkatan amonia yang dihasilkan oleh pemecahan urea oleh bakteri. Stomatitis dengan exudat dan ulcersi, rasa metalik pada mulut, dan bau urin pada pernafasan. Umumnya ditemukan anoreksia, mual, muntah, penurunan BB.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem neurological adalah depresi umum sistem saraf pusat (CNS) mengakibatkan letargi, apatis, kemampuan konsentrasi menurun, fatiguw dan gangguan kemampuan mental. Convulsive, coma terjadi akibat hipertensi encephalopati dan peningkatan BUN yang ekstrim.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem muskuloskeletal adalah osteodystrophy ginjal adalah suatu gejala gangguan skeletal yang ditemukan pada gagal ginjal kronik. Ini berkaitan dengan perubahan metabolisme calcium fosfat. Secara normal ratio calcium fosfat mempertahankan elektrolit dalam keadaan tidak dapat dilarutkan dalam air.

Gangguan sistem yang terjadi pada sistem integumen adalah perubahan ini sehubungan dengan penyerapan dan retensi chromogens urinari yang normalnya memberi karakteristik warna urin. Kulit juga tampak pucat sebagai akibat anemia dan kering, bersisik karena kegiatan kelenjar minyak berkurang. Berkurangnya keringat akibat menurunnya ukuran kelenjar keringat. Pruritus paling lazim akibat campuran dari kulit kering, pengendapan, Ca Phosphate pada kulit dan sensori neurophyty. Pasien bisa merasa sangat gatal yang dapat mengarah ke perdarahan atau infeksi karena garukan. Pruritus juga bisa disebabkan oleh lapisan uremic, akibat kristalisasi urea pada kulit.

Gangguan Sistem yang terjadi pada sistem reproduksi adalah wanita biasanya mempunyai kadar estrogen, progesteron, dan hormon luteinizing yang menurun, menyebabkan anovulasi dan perubahan menstruasi (biasanya amenorrhea). Laki-laki mengalami hilangnya kemampuan testis, menurunnya kadar testosteron, dan spermanya sedikit.

Gangguan sistem yang terjadi pada Sistem endokrin adalah semua

pasien dengan gagal ginjal kronik menunjukkan beberapa manifestasi klinik hipotiroidisme. Test fungsi tiroid hasilnya rendah dibawah kadar normal untuk serum triiodthyronine (T3) dan thyroxine (T4).

Gangguan sistem yang terjadi pada perubahan psikososial adalah perubahan-perubahan personality dan perilaku, emosional labil, menarik diri dan depresi merupakan perubahan yang bisa diobservasi/diamati.

2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (Chronic Kidney Disease)

Pemeriksaan diagnostik penyakit gagal ginjal kronik menurut Slamet Suyono (2001) yaitu :

1) Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menetapkan adanya gagal ginjal kronik, menentukan ada tidaknya kegawatan, menentukan derajat GGk, menetapkan gangguan sistem dan membantu menetapkan etiologi. Pemeriksaan laboratorium menurut Barbara Engram (1999) meliputi, Kreatinin dan BUN serum keduanya tinggi karena beratnya, Klirens kreatinin menunjukkan penyakit ginjal tahap akhir bila berkurang sampai 90%, Elektrolit serum menunjukkan peningkatan kalium, fosfor, kalsium, magnesium dan produk fosfor-kalsium, dengan natrium serum rendah, Gas darah arteri menunjukkan asidosis metabolik (nilai pH, kadar bikarbonat dan kelebihan basa di bawah rentang normal), Hemoglobin dan hematokrit dibawah rentang normal, Jumlah sel darah merah dibawah rentang normal, Kadar alkaline fosfat mungkin tinggi bila metabolisme tulang dipengaruhi.

2) Radiology

Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Sebaiknya tanpa puasa, karena dehidrasi akan memperburuk fungsi ginjal, Pielografi Intra-Vena (PIV) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter, USG untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih

dan prostat, EKG untuk melihat kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, gangguan elektrolit, Pemeriksaan Pielografi Retrograd dilakukan bila dicurigai ada obstruksi yang reversibel, Pemeriksaan Foto Dada untuk melihat tanda-tanda bendungan paru akibat kelebihan air (fluid overload), efusi pleura, kardiomegali dan efusi perikardial. Tak jarang ditemukan juga infeksi spesifik oleh karena imunitas tubuh yang menurun, Pemeriksaan radiologi tulang untuk mencari osteodistrofi (terutama tulang jari), dan klasifikasi metastatik

2.1.6. Penatalaksanaan Penyakit Gagal Ginjal Kronik (Chronic Kidney Disease)

Penatalaksanaan untuk mengatasi penyakit gagal ginjal kronik menurut Smeltzer dan Bare (2002) yaitu :

1. Penatalaksanaan untuk mengatasi komplikasi Hipertensi diberikan antihipertensi yaitu Metildopa (Aldomet), Propranolol (Inderal), Minoksidil (Loniten), Klonidin (Catapres), Beta Blocker, Prazonin (Minipress), Metoprolol Tartrate (Lopressor), Kelebihan cairan diberikan diuretic diantaranya adalah Furosemid (Lasix), Bumetanid (Bumex), Torsemid, Metolazone (Zaroxolon), Chlorothiazide (Diuril), Peningkatan trigliserida diatasi dengan Gemfibrozil, Hiperkalemia diatasi dengan Kayexalate, Natrium Polisteren Sulfonat, Hiperurisemia diatasi dengan Allopurinol, Osteodistrofi diatasi dengan Dihidroksikalsiferol, aluminium hidroksida, Kelebihan fosfat dalam darah diatasi dengan kalsium karbonat, kalsium asetat, aluminium hidroksida, Mudah terjadi perdarahan diatasi dengan desmopresin, estrogen, Ulserasi oral diatasi dengan antibiotik.
2. Intervensi diet yaitu diet rendah protein (0,4-0,8 gr/kgBB), vitamin B dan C, diet tinggi lemak dan karbohidrat
3. Asidosis metabolik diatasi dengan suplemen natrium karbonat.
4. Abnormalitas neurologi diatasi dengan Diazepam IV (valium), fenitoin (dilantin).

5. Anemia diatasi dengan rekombinan eritropoietin manusia (epogen IV atau SC 3x seminggu), kompleks besi (imferon), androgen (nandrolon dekanat/deka durabolin) untuk perempuan, androgen (depo-testosteron) untuk pria, transfuse Paket RedCell/PRC.
6. Cuci darah (dialisis) yaitu dengan hemodialisa maupun peritonealdialisa.
7. Transplantasi ginjal.

2.1.7. Komplikasi Penyakit Gagal Ginjal Kronik (Chronic Kidney Disease)

Komplikasi penyakit gagal ginjal kronik menurut Smeltzer dan Bare (2001) yaitu :

Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebihan, Perikarditis, efusi perikardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat, Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin- angiotensin-aldosteron, Anemia akibat penurunan eritropoietin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis, Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium.

2.2. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian fokus keperawatan yang perlu diperhatikan pada penderita gagal ginjal kronik menurut Prabowo (2014) dan Le Mone & Burke (2016) :

a. Anamnesa

1) Biodata

Tidak ada spesifik khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat.

2) Keluhan utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urin output yang menurun dari oliguria- anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi- ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus.

3) Riwayat kesehatan

Keluhan anoreksia, mual, kenaikan berat badan, atau edema, penurunan output urin, perubahan pola napas, perubahan fisiologis kulit dan bau urea pada napas.

4) Riwayat penyakit dahulu

Kaji riwayat penyakit terdahulu seperti penyakit ISK, payah jantung, penggunaan obat-obat berlebihan, diabetes melitus, hipertensi atau batu saluran kemih.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas.

6) Riwayat psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Pada klien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa.

7) Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Kondisi klien gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (Tachypneu), hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi.

8) Sistem pernafasan

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernafasan akan

mengalami patalogis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi(Kusmaul)

9) Sistemhematologi

Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam eksresinya. Selain itu, pada fisiologi darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.

10) Sistemneuromuskuler

Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis.

11) Sistemkardiovaskuler

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan bebanjantung.

12) Sistemendokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes militus, makan akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada prosesmetabolisme.

13) Sistemperkemihan

Dengan gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara

kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urin output < 400 ml/hr bahkan sampai pada anuria

14) Sistem pencernaan

Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit (stress effect). Sering ditemukan anoreksia, mual, muntah dan diare.

15) Sistem muskuloskeletal

Dengan penurunan/ kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Tanda vital : tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.
- 2) Kepala
 - Mata: konjungtiva anemis, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital.
 - Rambut: rambut mudah rontok, tipis dan kasar.
 - Hidung : pernapasan cuping hidung
 - Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau ammonia, mual, muntah serta cegukan, peradangan gusi.
- 3) Leher : pembesaran vena leher.
- 4) Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta kreket, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub pericardial.
- 5) Abdomen : nyeri area pinggang, asites.
- 6) Genital : atrofi testikuler, amenore.
- 7) Ekstremitas : capillary refill time > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, foot drop, kelemahan otot.
- 8) Kulit : ekimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu-abu,

mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritis), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema.

Derajat edema:

- Derajat I: Kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.
- Derajat II: Kedalamannya 3-5 mm dengan waktu kembali 5detik.
- Derajat III: Kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7detik.
- Derajat IV: Kedalamannya 7 mm dengan waktu kembali 7detik.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal GinjalKronik

Diagnosa keperawatan pada penyakit gagal ginjal kronis menurut NANDA (2015-2017) yaitu :

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasiperfusi, Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, diabetesmelitus, Nyeri akut berhubungan dengan agen cederabiologis, Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupanmakanan, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan statuscairan, Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirahbaring.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis (NANDA, NIC, NOC) :Diagnosa Keperawatan, Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi perfusi, Definisi:Kelebihan atau kekurangan dalam oksigenasi dan atau pengeluaran karbondioksida di dalam membran kapiler alveoli Batasan karakteristik, Gangguan penglihatan, PenurunanCO2, Takikardi, Hiperkapnia, Somnolen, Iritabilitas, Hypoxia, Dyspnoe, AGDabnormal, Sianosis, warnakulit abnormal (pucat, kehitaman), Hipoksemia, sakit

kepala ketikabangun, polapernafasan abnormal, diaforesis, gelisah,konfusi napas cuping hidung, pH arteri abnormal,Faktor faktor yang berhubungan,ketidakseimbangan perfusi ventilasi, perubahan membran kapiler-alveolar.

NOC : Respiratory Status:Gasexchange, Respiratory Status:ventilation, Vital Sign Status, Kriteria Hasil :Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat, Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan, Mendemonstrasikan batuk Efektif dan suara nafasyang bersih, Tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips), anda tanda vital dalam rentangnormal.

NIC : Airway Management, Buka jalan nafas,gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bilaperlu, Posisikan pasien untuk memaksimalkanventilasi, Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafasbuatan, Pasang mayo bilaperlu, Lakukan fisioterapi dada jikaperlu, Keluarkan sekret dengan batuk atausuction, Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, Lakukan suction pada mayo, Berikan bronkodilator bilaperlu, Berikan pelembabudara, Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan,Monitor respirasidan status O₂,Respiratory MonitoringMonitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaharespirasi,Catat pergerakan dada,amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal,Monitor suara nafas, sepertidengkur,Monitor pola nafas : bradipnea, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes,biot,Catat lokasitrakea,Monitor kelelahan otot diagfragma(gerakan paradoksis),Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suaratambahan,Tentukan Kebutuhan suction dengan mengauskultasi crackles dan ronkhi pada jalan napasutama,Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahuihasilnya.Kelebihan volume cairan berhubungan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan volume cairan berhubungan gangguan mekanisme regulasi.

Definisi : Retensi cairan isotomik meningkat Batasan karakteristik, Berat badan meningkat pada waktu yang singkat, Asupan berlebihan dibanding output, Tekanan darah berubah, tekanan arteri pulmonalis berubah kebingungan, peningkatan CVP, Distensi vena jugularis, Perubahan pada, pola nafas, dyspnoe/sesak nafas, orthopnoe, suara nafas abnormal (Rales atau crackles), kongestik emakitan paru, pleural effusion, Hb dan hematokrit menurun, perubahan elektrolit, khususnya perubahan berat jenis, Suara jantung S3, Reflek hepatojugular positif, Oliguria, azotemia, Perubahan status mental, kegelisahan, kecemasan, Faktor-faktor yang berhubungan, Mekanisme pengaturan melemah, Asupan cairan berlebihan.

NOC Electrolyte and acid base balance, Fluid balance, Hydration, Kriteria Hasil: Terbebas dari edema, efusi, anaskara, Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspnoe/orthopnoe, Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+), Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal, Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan Menjelaskan indikator kelebihan cairan.

NIC Fluid management Timbang popok/pembalut jika diperlukan, Pertahankan catatan intake dan output yang akurat, Pasang urin kateter jika diperlukan, Monitor hasil Lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin), Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP, Monitor vital sign, Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (crackles, CVP, edema, distensi vena leher, asites), Kaji lokasi dan luas edema, Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian, Monitor status Nutrisi, berikan diuretik sesuai Interuksi batasi masukan cairan pada keadaan, hiponatremia dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l, Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk, fluid monitoring tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi, Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidakseimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaphoresis, disfungsi hati, dll), Monitor berat badan, Monitor serum dan elektrolit urine, Monitor serum dan

osmilalitas urine, Monitor BP, HR, dan RR, monitor tekanan darah ortostatik dan perubahan irama jantung, monitor parameter hemodinamik infusif, Catat secara akurat intake dan output, Monitor adanya distensi leher, rinchi, edem perifer dan penambahan BB, Monitor tanda dan gejala dari odema, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, diabetes melitus. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, diabetes melitus. Faktor yang berhubungan : kesehatan. Batasan karakteristik : tidak ada nadi, perubahan fungsi motorik, perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembapan, kuku, sensasi, suhu), perubahan tekanan darah di ekstremitas, CRT >3 detik, klaudikasi, warna tidak kembali ketungkai saat tungkai diturunkan, kelambatan penyembuhan luka perifer, penurunan nadi, edema, nyeri ekstremitas, buntak femoral, pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan enam menit, pemendekan jarak bebas nyeri yang ditempuh dalam uji berjalan enam menit, perestesia, warna kulit pucat saat elevasi, kurang pengetahuan tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), kurang pengetahuan tentang proses penyakit (mis. Diabetes melitus, hiperlipidemia), diabetes melitus, hipertensi.

NOC Tekanan sistol Circulation status, tissue perfusion : cerebral
Kriteria hasil : mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan membuat keputusan dengan benar dan diastol dalam rentang yang diharapkan tidak ada ortostatik hipertensi, tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg), mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan : berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi.

NIC Peripheral sensation management (manajemen sensasi perifer)
monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, monitor adanya parestesi, instruksikan keluarga

untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi, gunakan sarung tangan untuk proteksi, batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung, monitor kemampuan BAB, kolaborasi pemberian analgetik, monitor adanya tromboplebitis.

Definisi : Nyeri akut berhubungan dengan fatigue nyeri sendi sensorial yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan. Batasan karakteristik : Laporan secara verbal atau non verbal, fakta dari observasi, posisi antalgic untuk menghindari nyeri gerakan melindungi, tingkah laku berhati-hati, muka topeng, gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai), Terfokus pada diri sendiri, fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan), Tingkah laku distraksi, contoh: jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang), Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil), perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah kekaku), tingkah laku ekspresif (contoh: gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah), Perubahan dalam nafsu makan dan minum faktor yang berhubungan : Agen cedera (mis. Biologi, kimiawi, psikologis, fisik).

NOC Pain Level, Pain control, Comfort level, Kriteria Hasil : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tandanya), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam rentang normal.

NIC : Pain Management lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan

faktorpresipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidak nyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeripasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidak efektifan kontrol nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu pengobatan nyeri secara teratur ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi daninter personal),Kaji tipe dan sumbernyeri untuk menentukan intervensi, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, evaluasi keefektifan kontrolnyeri, tingkatkan istirahat, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri, analgesic administration tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, danfrekuensi, cek riwayat alergi, pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih darisatu, tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal, pilih rute pemberian secara IV, IM untuk, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali, berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat, evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efeksamping), ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nausea, vomitus, mual dan muntah pucat.

Definisi : Intake nutrisi tidak cukup untuk keperluan metabolisme tubuh. batasan karakteristik : berat badan 20% atau lebih di bawah ideal, dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (Recomended Daily Allowance), membran mukosa dan konjungtiva, suara usus, kelemahan otot yang digunakan untuk menelan/mengunyah, luka, inflamasi pada rongga mulut, mudah merasa kenyang,sesaat setelah mengunyah makanan, dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan, dilaporkan

adanya perubahan sensasi rasa, perasaan ketidak mampuan untuk mengunyah makanan, miskonsepsi, kehilangan BB dengan makanan cukup, keengganan untuk makan, kram pada abdomen, tonus otot jelek, nyeri abdominal dengan atau tanpa patologi, kurang berminat terhadap makanan, pembuluh darah kapiler mulai rapuh, Diare dan atau steatorrhea, kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok), hiperaktif, kurangnya informasi, misinformasi, faktor-faktor yang berhubungan : ketidak mampuan pemasukan atau mencerna makanan atau mengabsorpsi zat-zat gizi berhubungan dengan faktor biologis, psikologis atau ekonomi.

NOC Nutritional Status : food and fluid, Intake, Nutritional Status: nutrisi, Weight control, Kriteria Hasil : Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, Tidak ada tanda dan gejala nutrisi, Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

NIC Nutrition Management kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, berikan substansi gula, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian, Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. Nutrition monitoring BB pasien dalam batas normal, Monitor adanya penurunan berat badan, Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan, Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan, monitor lingkungan selama makan, Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan, monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, monitor turgor kulit, monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah, monitor mual dan muntah, monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht, monitor makanan kesukaan, monitor pertumbuhan dan perkembangan, monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva, monitor

kalori dan intake nutrisi, Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan kavitas oral, Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritus, Penurunan sirkulasi.

Defenisi: perubahan/gangguan epidermis dan/ atau dermis. Batasan karakteristik : Kerusakan lapisan kulit, gangguan permukaan kulit, Invasi struktur tubuh, faktor berhubungan dengan : Perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidak seimbangan nutrisi.

NOC Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes kriteria Hasil Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.

NIC Pressure Management Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, hindari kerutan pada tempat tidur, Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, monitor kulit akan adanya kemerahan, oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan, monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, monitor status nutrisi pasien. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan HB dan oksihemoglobin.

Definisi : Ketidak cukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari hari. Batasan karakteristik : melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan, respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas, perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia, adanya dyspneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas, faktor yang berhubungan : tirah baring atau mobilisasi, kelemahan menyeluruh, ketidak seimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan, gaya hidup yang dipertahankan

NOC Energy conservation, Activity tolerance Self Care : ADLs

Kriteria Hasil: berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR, mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri, tanda-tanda vital normal, Energi psikomotor baik level kelemahan baik, mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan, status kardiovaskular adekuat, Sirkulasi status baik status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

NIC Energy Management observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, dorongan untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan, kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, monitor respon kardiovaskular terhadap aktivitas, Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, Activity Therapy Kolaborasi dengan tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan, bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek, bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai bantu klien untuk membuat jadwal latihan waktu luang, bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

2.2.4 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan. Evaluasi dibuat untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Gambaran tempat atau lokasi penelitian

RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang adalah Rumah Sakit Tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Salah satu ruang rawat inap yang ada adalah kelas III/Kelimutu yang dijadikan sebagai lokasi penelitian studi kasus tentang gagal ginjal kronik. Ruang Kelimutu sebagai ruang kelas III rawat inap mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 4 ruangan, mempunyai tempat tidur dan lemari masing – masing sebanyak 23 buah. Rata – rata pasien yang dirawat sebanyak 15 orang dan mempunyai tenaga kesehatan sebanyak 26 orang yang terdiri dari 23 orang perawat, 2 orang administrasi dan seorang cleaning service.

3.1.2. Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 15 – 17 Juli 2019 di ruang Kelimutu.

3.1.3. Pengkajian

Pasien bernama Tn. KD, berumur 48 tahun, jenis kelamin laki – laki, suku Timor Leste, menganut agama Katholik, pekerjaan pasien petani, pendidikan terakhir Sekolah Dasar dan bertempat tinggal di Naibonat.

Keluhan utama Tn. KD mengeluh mual, pusing; Tn. KD mengatakan ia sudah menderita sakit gagal ginjal sejak bulan Februari tahun 2018 dan sementara melakukan haemodialisa (HD) 2 kali seminggu yaitu setiap hari Selasa dan Jumat. Pada tanggal 12 Juli 2019 saat akan melakukan HD pasien merasa pusing, mual dan lemah serta gatal – gatal pada daerah perut. Pasien mengatakan ada bengkak pada punggung kaki kanan, nyeri saat buang air kecil.

Riwayat keluhan utama : mulai timbul keluhan sejak bulan februari, tahun 2018, pasien didiagnosa CKD stadium V, terdapat oedema pada

punggung kaki kanan, keluhan lain yang menyertai Tn. KD batuk berdahak, sering sesak napas dan gatal – gatal di perut.

Riwayat penyakit sebelumnya : Tn. KD pernah menderita sakit darah tinggi sejak bulan februari tahun 2018 dan cara mengatasinya berobat jalan di Puskesmas. Pasien alergi makan ikan segar sejak tahun 1993. Kebiasaan pasien merokok 2 bks/hari sejak usia remaja dan baru berhenti merokok pada tahun 2018, pasien sering mengonsumsi alkohol jika diajak teman dan baru istirahat tahun 2004.

Riwayat kesehatan keluarga : ayah dari Tn. KD adalah penderita hipertensi sampai meninggal.

Pemeriksaan fisik : saat dilakukan pemeriksaan fisik TTV : tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 82x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu badan 37,8°C. Pada pemeriksaan kepala dan leher, wajah terlihat pucat, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik. Pada mulut, keadaan gigi geraham bawah kiri kanan berlubang. Pada pemeriksaan sistim kardiovaskuler kesadaran/GCS : Compos Mentis. Pada pemeriksaan sistim respirasi, Tn. KD mengeluh sering sesak napas. Pada sistim pencernaan, pasien mengeluh mual, keadaan bibir lembab, warna mukosa merah muda. Keadaan abdomen, warna kulit sawo matang. Pada pemeriksaan auskultasi, ada bising usus/peristaltic 10x/menit. Pada pemeriksaan palpasi, ada nyeri tekan pada daerah simpisis dengan skala nyeri 2. Pada sistim persyarafan, tidak ada keluhan, tingkat kesadaran Compos Mentis, GCS (E/M/V) : 4/5/6. Pada pemeriksaan sistim Musculoskeletal, ada nyeri otot dan nyeri sendi, refleksi sendi normal, kekuatan otot normal, turgor elastis. Pada pemeriksaan sistim perkemihan, pasien kadang inkontinensia, pasien tidak menggunakan alat bantu (keteter), produksi urine 500 – 600 cc/hari, intake cairan : oral 1500 cc/hari, parenteral 100 cc/hari.

Pola kegiatan sehari – hari : sebelum sakit pola makan pasien nasi dan sayur dengan frekuensi makan sedang 3x/hari. Makanan pantangan ikan segar. Banyaknya minuman dalam sehari 1500 – 2000 cc/hari. Berat badan sebelum sakit 51 kg dan TB 162 cm. Selama sakit penurunan berat badan 6 kg sehingga berat badan terakhir 45 kg. Selama sakit nafsu makan

menurun. Pada pola eliminasi pasien KD buang air kecil 3 – 4x/hari, warna kuning daun teh, bau amoniak dengan jumlah 1500 cc/hari. Perbahan selama sakit, BAK sedikit, produksi urine 500 – 600 cc/hari. Pasien istirahat dan tidur malam jam 20.00 Wita, bangun pagi jam 05.00 Wita. Pasien mudah terbangun dan sulit untuk tidur lagi kecuali lingkungan tenang, dan sehari pasien tidur 8 - 9 jam.

Pada pola interaksi sosial, orang yang terpenting / terdekat adalah istri, jika ada masalah dalam keluarga selalu diskusi bersama dan anggota keluarga berinteraksi dengan baik. Dalam kegiatan keagamaan, pasien taat menjalankan ibadah, jika sehat setiap minggu ke gereja.

Keadaan psikologis selama sakit, pasien berharap selama pengobatan dan perawatan, ia dapat sembuh dan pulih kembali dan ingin berkumpul kembali dengan istri dan anak – anaknya.

Interaksi pasien dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : pasien berinteraksi baik dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya.

Pemeriksaan Laboratorium : pada tanggal 15 Juli 2019 jam 10.00 Wita didapati HB 7,7 g/dL (nilai normal 13 – 18 g/dL). Jumlah eritrosit 2,84/ul (nilai normal 4,50 – 6,20). Hematocrit 21,9% (nilai normal 40% – 54%). Untuk pemeriksaan kimia darah : BUN 24 mg/dL (nilai normal <48mg/dL). Kreatinin darah 5,32 mg/dL (nilai normal 0,7 – 1,3mg/dL). Golongan darah pasien : O. Pada pemeriksaan foto thorax : terbaca *cardiomegaly*.

Terapi : Tn. KD mendapat terapi IVFD NaCL 1 tetes/menit (100cc/24 jam), *furosemid* NS 100cc, aspar K 3x1 tablet, micardis 80 mg – 0-0, cloridin 3x0,5 mg, *asamfolat* 2x1 tablet, *Livron B plex* 0-1 – 1, tranfusi darah 1 bag/hari.

Analisa data. Masalah keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dengan penyebabnya penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan cairan. Data subjektif yang mendukung : pasien mengatakan punggung kaki kanan bengkak dan terasa sakit pada saat buang air kecil. Data objektif yang mendukung : pemeriksaan TTV, tensi darah 130/90 mmhg, pernapasan

20x/menit, nadi 82x/menit, suhu 37,8°C. Terdapat pitting oedema 2 cm pada punggung kaki kanan, nyeri tekan pada daerah simpisis dengan skala nyeri 2.

Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan batuk berdahak dengan penyebabnya peningkatan produksi sputum. Data subjektif yang mendukung : pasien mengatakan batuk berdahak sejak 1 minggu yang lalu. Data objektif yang mendukung : pasien tampak batuk berdahak dan dahak sulit dikeluarkan.

Masalah keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan oksihemoglobin, penyebabnya defisiensi nutrisi anemia. Data subjektif yang mendukung : pasien mengatakan lemah, pusing, mual dan nafsu makan menurun. Data objektif : pasien tampak pucat pada wajah, konjungtiva anemis pada pemeriksaan laboratorium, HB 7,7 gr%.

Masalah keperawatan risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis, penyebabnya adalah peradangan kulit karena alergi. Data subjektif yang mendukung : pasien mengatakan gatal – gatal pada daerah perut. Data objektif yang mendukung : pasien tampak menggaruk pada daerah perut, pasien tampak tidak nyaman serta pada pemeriksaan fisik terlihat kemerahan pada kulit di abdomen.

3.1.4. Diagnosa keperawatan

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan batuk berdahak, intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan oksihemoglobin, risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis.

3.1.5. Rencana Keperawatan

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Goal : pasien akan mempertahankan berat badan ideal tanpa kelebihan cairan. Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan mempertahankan berat badan ideal dengan kriteria hasil tidak ada oedema serta keseimbangan antara input dan output. Intervensi : (a)

kaji status cairan dengan menimbang berat badan setiap hari, pantau turgor kulit dan oedema serta pantau TTV. Rasionalnya : pengkajian merupakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi. (b) Batasi masukan cairan. Rasionalnya : pembatasan cairan akan menentukan berat tubuh ideal, dan haluaran urine. (c) Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang pembatasan cairan. Rasionalnya : pemahaman meningkatkan kerjasama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan. (d) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan. Rasionalnya : kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet. (e) Tingkatkan dan dorong untuk hygiene oral dengan sesering mungkin. Rasionalnya : hygiene oral mengurangi kekeringan membrane mukosa mulut.

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan batuk berdahak. Goal : pasien akan mempertahankan bersihan jalan napas efektif. Objektif : setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam jangka waktu 1x24 jam, pasien akan menunjukkan keefektifan jalan napas dengan kriteria hasil mengeluarkan secret secara efektif, mempunyai jalan napas yang paten, irama dan frekuensi napas dalam batas normal. Intervensi : (a) bersihkan secret dari mulut. Rasional : mencegah obstruksi aspirasi. (b) mempertahankan intake cairan dengan minum air hangat. Rasional : membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan. (c) berikan posisi yang nyaman (semi fowler). Rasional : meningkatkan ekspansi paru, ventilasi maksimal dan peningkatan gerakan secret agar mudah dikeluarkan. (d) catat kemampuan untuk mengeluarkan secret atau batuk efektif. Rasional : pengeluaran sulit bila secret tebal, akibat kerusakan paru yang memerlukan evaluasi atau intervensi lanjut. (e) ajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam. Rasional : membantu mengeluarkan secret.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan oksihemoglobin. Goal : pasien akan meningkatkan kadar hemoglobin dalam batas normal. Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam, pasien akan meningkatkan kadar HB dengan kriteria hasil tidak mual dan muntah, tidak lemah dan lesu, wajah tidak pucat, konjungtiva tidak anemis. Intervensi :

(a) observasi TTV. Rasional : memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi. (b) beri makan sedikit tapi sering. Rasional : memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan meningkatkan energi. (c) beri minum air hangat. Rasional : air hangat dapat merangsang kenyamanan perut agar tidak merasa mual. (d) kolaborasi dengan petugas gizi untuk pengaturan diet. Rasional : memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. (e) kolaborasi dengan medis untuk tranfusi darah. Rasional : meningkatkan kadar HB.

Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis. Goal : pasien akan mempertahankan integritas kulit yang baik. Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam, pasien akan mempertahankan integritas kulit dengan kriteria hasil kulit bersih tanpa kemerahan, gatal – gatal pada kulit berkurang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit, integritas kulit yang baik bisa dipertahankan. Intervensi : (a) menasihati pasien agar menjaga kulit selalu lembab dan menjaga kebersihan kulit dengan mandi setiap hari. Rasional : tindakan ini mencegah agar kulit tidak kering dan rasa gatal bisa dikendalikan. (b) kolaborasi dengan medis untuk pengobatan pruritis. Rasional : mengurangi rasa gatal. (c) observasi luas dan lokasi pruritis. Rasional : Tindakan ini untuk mengevaluasi intervensi.

3.1.6. Implementasi

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan : hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 08.00 Wita, mengkaji status cairan dengan menimbang berat badan pasien, memantau turgor kulit dan oedema serta mengukur TTV dan mengontrol cairan infus. Pada jam 08.30 Wita, menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pembatasan masukan cairan. Pada jam 09.00 Wita, menyampaikan dan mendorong kepada pasien agar lebih sering meningkatkan hygiene oral. Pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 08.00 Wita, mengkaji dan menimbang berat badan, memantau oedema dan mengukur TTV. Jam 09.00 Wita, membatasi masukan cairan pada pasien, observasi cairan infus. Pada jam 10.00 Wita membantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan. Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 08.00 Wita, menimbang berat badan, memantau

oedema dan mengukur TTV. Pada jam 09.00 Wita, memantau saat pasien melakukan oral hygiene.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 08.45 Wita, mempertahankan intake cairan dengan memberikan minum air hangat 1 gelas (200cc). Pada jam 09.15 Wita, membantu pasien membersihkan secret dari mulut pasien. Jam 10.00 Wita, mengatur posisi tidur yang nyaman dengan posisi semi fowler. Pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 08.15 Wita, mengajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam. Pada jam 09.30 Wita, mencatat kemampuan pasien untuk mengeluarkan secret atau batuk efektif. Pada jam 11.00 Wita, memberikan minum air hangat 1 gelas (200cc). Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019, jam 08.15 Wita, mengatur posisi tidur yang nyaman dengan posisi semi fowler. Pada jam 12.00 Wita, memberikan minum air hangat 1 gelas (200cc).

Diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 08.15 Wita memberi makan pada pasien. Jam 10.15 Wita, melaksanakan tindakan kolaborasi dengan petugas gizi untuk pengaturan diet. Jam 11.00 Wita, melaksanakan tindakan kolaborasi untuk persiapan transfusi darah serta menjelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan. Pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 09.15 Wita, melaksanakan tindakan kolaborasi untuk persiapan transfuse darah hari kedua serta menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang rencana tindakan transfuse darah dan reaksi alergi yang mungkin muncul. Jam 10.30 Wita, monitoring tanda – tanda reaksi alergi. Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 11.00 Wita, melaksanakan tindakan kolaborasi untuk persiapan transfuse darah hari ketiga. Jam 11.30 Wita, monitoring tanda – tanda reaksi alergi.

Diagnosa keperawatan risiko kerusakan integritas kulit. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 10.30 Wita, menasihati pasien agar selalu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi dan menggunakan baju (pakaian) yang longgar dan bersih. Jam 12.30 Wita, mengobservasi luas dan lokasi pruritis. Jam 13.00 Wita, melaksanakan tindakan kolaborasi untuk

pengobatan pruritis. Pada hari Selasa, tanggal 16 Juli 2019 jam 13.30 Wita, membantu pasien untuk melaksanakan persiapan HD dengan memonitor TTV. Jam 14.00 Wita, mengantar pasien ke ruang HD. Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 10.00 Wita, mengobservasi luas dan lokasi pruritis. Jam 14.00 Wita, menasihati pasien agar tetap menjaga kebersihan diri dan lingkungan jika pasien pulang

3.1.7. Evaluasi

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien mengatakan mengerti dengan apa yang sudah diajarkan perawat tentang pembatasan masukan cairan dan kebersihan mulut. O : hasil TTV, TD 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 37,6°C, terdapat pitting oedema 2 cm di punggung kaki, turgor kulit baik, berat badan 45 kg. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan. Pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien mengatakan mengerti dan kooperatif. O : hasil TTV, TD 120/80 mmhg, nadi 82x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 37,6°C, pitting oedema tidak terlihat, turgor kulit baik, berat badan 45 kg. A : masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan. Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : tidak ada keluhan. O : hasil TTV, TD 120/80 mmhg, nadi 82x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 37,2°C, A : masalah teratasi. P: intervensi dihentikan.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien mengatakan masih batuk berdahak. O : membantu mengajarkan pasien untuk membersihkan secret dari mulut dengan tisu. Memberi pasien air hangat 1 gelas. Posisi tidur semi fowler. Sekret masih ada, serta batuk masih berdahak. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan. Pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien mengatakan masih batuk, pasien juga mengatakan mengerti dengan apa yang sudah diajarkan perawat yaitu mengajarkan batuk efektif dan napas dalam. O : Memberi pasien air hangat 1 gelas, batuk tanpa lendir .. A : masalah teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan. Pada hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien

mengatakan tidak batuk lagi. O : keadaan pasien terlihat tenang. A : masalah teratasi. P : intervensi dihentikan, pasien pulang tanpa batuk.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 13.30 Wita, S : pasien mengatakan masih mual, pusing dan tidak ada nafsu makan. O : pasien tampak pucat pada wajah, konjungtiva anemis, pasien tampak menghabiskan seperempat porsi makanan dengan diet nasi rendah protein. Pasien kooperatif dengan apa yang telah disampaikan perawat untuk persiapan transfuse darah (tindakan kolaboratif), tidak ada tanda – tanda reaksi alergi. A : masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

Hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : pasien mengatakan tidak mual lagi, pusing berkurang, pasien sudah bisa menghabiskan setengah porsi makanan yang disiapkan. O : Pucat pada wajah berkurang, pemeriksaan laboratorium HB 8,6 gr%, observasi tanda – tanda alergi tidak terlihat, tindakan kolaboratif dilaksanakan untuk hari kedua yaitu pemasangan 1 bag darah golongan O. A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan. Hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 13.00 Wita, S : tidak ada keluhan. O : pasien tampak menghabiskan 1 porsi NRP, pemeriksaan laboratorium HB 9,9 gr%, . A : masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.

Diagnosa keperawatan risiko kerusakan integritas kulit. Pada hari Senin tanggal 15 Juli 2019 jam 13.30 Wita, S : pasien mengatakan masih gatal di area perut, pasien juga mengatakan mengerti dengan apa yang sudah disampaikan perawat. O : terlihat pasien masih manggaruk pada bagian abdomen. A : masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan. Hari Selasa tanggal 16 Juli 2019 jam 14.00 Wita, S : pasien mengatakan bahwa telah siap untuk tindakan kolaboratif yaitu haemodialisa. O : Observasi TTV dan timbang berat badan, observasi pruritis berkurang. A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan. Hari Rabu tanggal 17 Juli 2019 jam 14.10 Wita, S : pasien mengatakan sudah tidak gatal – gatal lagi. O : Luas dan lokasi pruritis tidak terlihat. A : masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.

3.2. Pembahasan Studi Kasus

3.2.1. Pengkajian

Menurut Prabowo (2014) dan Le Mone & Burke (2016) untuk pasien dengan gagal ginjal kronik (GGK) akan ditemukan keluhan sangat bervariasi. bisa berupa urine output yang menurun dari oliguri – anuria. Penurunan kesadaran karena komplikasi, diaphoresis, fatigue, napas berbau urea. Namun terdapat kesenjangan antara pernyataan di atas dengan kasus Tn. KD, dimana tidak ditemukan keluhan seperti di atas karena Tn. KD sudah berada dalam hari rawat ke 3 dan sudah berada dalam masa pemulihan.

Menurut teori, saat mengkaji riwayat kesehatan masa lalu akan ditemukan pasien mempunyai riwayat seperti penyakit ISK, payah jantung, diabetes mellitus, hipertensi. Berdasarkan teori tersebut, tidak terdapat kesenjangan karena pasien Tn. KD mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2018 dan berobat teratur. Selain itu biasanya terjadi tekanan darah meningkat, akral dingin, CRT>3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Namun pada kasus Tn. KD tidak ditemukan gejala tersebut.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Pada penyakit GGK menurut NANDA (2012 – 2015), yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, diabetes mellitus, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan, intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring. Namun pada kasus Tn. KD, terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana penulis tidak mengambil semua diagnosa pada teori karena tidak sesuai dengan batasan karakteristik yang ada pada Tn. KD. Diagnosa yang ditegakan pada kasus Tn. KD yaitu Resiko kelebihan

volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan batuk berdahak, intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan oksihemoglobin, resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan menurut Moorhead (2013) dan Bulechek (2013) menggunakan outcome (NOC) dengan kriteria waktunya, skala dan hasil yang diharapkan serta rencana tindakannya (NIC). Pada penerapannya tidak ada kesenjangan karena penyusunan rencana tindakan keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dengan adanya kriteria waktu dan hasil yang diharapkan dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) untuk rencana tindakan keperawatannya, sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.4. Implementasi keperawatan

Untuk pelaksanaan tindakan keperawatan semuanya sesuai dengan teori yang berdasarkan pada rencana keperawatan yang telah dibuat.

3.2.5. Evaluasi keperawatan

Dilakukan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dibuat serta menjawab kriteria hasil yang diharapkan.

3.3. Keterbatasan studi kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, terdapat keterbatasan yaitu waktu untuk penyusunan studi kasus ini hanya 3 hari sehingga penulis mengalami banyak kendala.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pengkajian pada Tn. KD didapatkan keluhan ada oedema pada punggung kaki, sakit pada saat buang air kecil, didiagnosa menderita gagal ginjal kronik sejak tahun 2018. Saat Tn. KD rawat jalan untuk HD pada tanggal 12 Juli 2019, merasa pusing, mual dan lemah serta badan gatal – gatal, Tn. KD mempunyai riwayat darah tinggi sejak 1 tahun yang lalu dan minum obat teratur. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan Tn. KD tampak lemah dan pucat, kesadaran compos mentis, TTV : Tensi darah 130/90 mmhg, nadi 82x/menit, suhu 37,8°C, pernapasan 20x/menit. Pasien terpasang infus NaCl 1 tetes/menit. Konjungtiva anemis, pitting oedema 2 cm.

Sesuai dengan data – data di atas, dapat ditegakkan 4 prioritas diagnosa keperawatan ; kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan batuk berdahak, intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan oksihemoglobin, risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis.

Rencana keperawatan untuk Tn. KD pada diagnosa keperawatan Risiko kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kelebihan volume cairan dapat teratasi dengan indikator tidak ada oedema, keseimbangan antara intake dan output tidak terganggu, tekanan darah tidak terganggu, serum elektrolit tidak terganggu. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat : pantau dan catat intake output pasien, observasi TTV, kaji lokasi dan luas oedema. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan mempertahankan bersihan jalan napas yang efektif dalam jangka waktu 1x24 jam dengan kriteria hasil pasien dapat mengeluarkan secret secara efektif. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat : ajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam dan bersihkan secret dari mulut, berikan posisi yang nyaman (semi fowler). Untuk diagnosa keperawatan

intoleransi aktifitas, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien akan meningkatkan kadar HB dalam batas normal. Rencana tindakan keperawatanyang dibuat : memberi makan sedikit tapi sering, beri minum air hangat sesuai takaran diet, kolaborasi dengan petugas gizi untuk pengaturan diet, kolaborasi dengan medis untuk transfuse darah. Untuk diagnose keperawatan risiko kerusakan integritas kulit setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien akan mempertahankan integritas kulit dengan kriteria kulit bersih tanpa kemerahan, gatal – gatal pada kulit berkurang. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat : observasi luas dan lokasi pruritis, menasihati pasien agar menjaga kulit selalu lembab dan menjaga kebersihan kulit dengan mandi setiap hari. Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan.

B. Saran

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan.
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan, tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori akan tetapi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit. Dalam memberikan asuhan keperawatan, setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu didokumentasikan dengan baik dan cermat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, H. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Mediaction : Yogyakarta
- Badan Litbangkes. Suyono, S. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Balai Penerbit FKUI : Jakarta.
- Engram, B. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Vol.1*. EGC : Jakarta
- Herdman H. 2015. *Nanda Internasional Inc Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*, EGC : Jakarta.
- Joann dan Diane. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Buku Saku dari Brunner dan Suddar*. EGC : Jakarta.
- LeMone, Priskila, 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Gangguan Eliminasi*. EGC : Jakarta.
- Prabowo E. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistim Perkemihan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Riskesdas. 2013. *Infodatin Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Jakarta.
- Smeltzer dan Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddar*. EGC : Jakarta.

